Praktijkondersteuning in de huisartspraktijk.

Welke akten kunnen gedelegeerd worden en wat is de visie van de patiënt hierop?

Elias Vynckier, UGent

Promotor: Prof. Dr. D. Avonts, Vakgroep huisartsgeneeskunde, UGent

Praktijkopleider: Dr J. Vulsteke (Woesten); Dr. Tine Panhuysen (Het Doktershuis, Vinderhoute)

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

Abstract

Praktijkondersteuning in de huisartspraktijk. Welke akten kunnen gedelegeerd worden en wat is de visie van de patiënt hierop?

HAIO: Elias Vynckier
Universiteit Gent
Promotor: Prof. Dr. Dirk Avonts
Praktijkopleiders: Dr. Jef Vulsteke (1e jaar) en Dr. Tine Panhuysen (2e jaar)

Context

Veranderingen in de eerstelijnszorg vormen een toegenomen belasting van het huisartsenkorps. Het takenpakket van de Vlaamse huisarts wordt steeds gediversifieerder gezien de nieuwe evoluties in de waardoor de tijdsdruk toeneemt en de eigenlijke patiëntenzorg steeds meer in het gedrang komt. Eén van de mogelijkheden is een ondersteuning door een praktijkassistent(e) die administratief en/of verpleegkundig werk op zich neemt. De vraag is als de patiënt deze uitbesteding zal aanvaarden.

Methoden

Literatuuronderzoek via zoektermen als 'praktijkassistentie', 'praktijkverpleegkundige', 'praktijkhulp', 'eerstelijnsassistent', 'taakdelegatie'…
Enquête met meerkeuzevragen die vrij ingevuld kon worden in de wachtzaal. De resultaten worden geanalyseerd en onderling (in subgroepen) vergeleken.

Resultaten

Bij een algemene analyse van de onderzoeksresultaten zien we meteen al een afgetekende goedkeuring door de patiënt voor de delegatie van paramedische, verpleegkundige en administratieve taken naar een praktijkassistent(e). Subgroepanalyse op basis van leeftijd toont een iets grotere voorkeur voor praktijkassistentie bij de jongere groep (< 40 jaar). Op basis van woonplaats zien we dat patiënten uit een landelijk gebied toleranter zijn voor de uitbesteding van akten dan patiënten uit een verstedelijkt gebied. Op basis van geslacht werden geen significante verschillen gevonden. Ook op basis van frequentie van bezoek aan de huisarts werden – op 1 uitzondering na – geen significante verschillen gezien.

Besluit

We kunnen uit dit onderzoek besluiten dat de patiënt een open attitude heeft over het uitbesteden van zowel paramedische, verpleegkundige en zeker administratieve taken aan een praktijkassistent of –verpleegkundige. Analyse van subgroepen gaf geen significante verschillen.

Email: eliasvynckier@gmail.com

Inhoudstafel

Abstract	1
Inhoudstafel	2
Dankwoord	3
Inleiding	4
Methoden	5
Resultaten	6
Literatuurstudie	6
Onderzoeksresultaten	10
Discussie	19
Literatuur	19
Onderzoeksresultaten	20
Aanbevelingen naar praktijk	23
Referenties	24
Bijlage 1: Taken en functies voor een praktijkverpleegkundige in een huisartsenpraktijk	25
Bijlage 2: Informatie voor de patiënt en toestemmingsverklaring	27
Bijlage 3: Vragenlijst	29
Bijlage 4: Protocol ethisch comité	34
Bijlage 5: Goedkeuring ethisch comité	36

Dankwoord

Deze masterproef is niet het werk van één persoon, maar is het resultaat van een vruchtbare samenwerking tussen verschillende personen, wie ik daarvoor heel dankbaar ben.

Uitdrukkelijke dank gaat uit naar mijn promotor Prof. Dr. Avonts, die me gedurende mijn voorbije twee HAIO-jaren telkens bijgestaan heeft bij het opstellen en structureren van deze masterproef, zowel tijdens het zorgvuldig opstellen van het protocol voor het ethisch comité als tijdens de uitvoering van de masterproef zelf. De snelle respons tijdens het mailverkeer als de praktische suggesties tijdens de terugkommoment bewezen mij een grote dienst.

Verder gaat zeker mijn waardering en dank uit naar Dr Jef Vulsteke waar ik mijn eerste HAIO-jaar liep en bij wie ik de enquête mocht laten rondgaan onder de patiëntenpopulatie en Drs. Tine en Michiel Panhuysen die me meermaals ondersteunden in de uitvoering van de masterproef.

Inleiding

Uit cijfers van het Federaal Kenniscentrum en statistische gegevens van het Riziv en de federale Overheidsdienst Volkgezondheid blijkt dat we afstevenen op een relatief en absoluut huisartsentekort.[1-3] Heel wat huisartsen in Vlaanderen bevinden zich in de leeftijdsgroep >55 jaar en er komen onvoldoende nieuwe huisartsen bij om deze uitstroom op te vangen. Daarnaast wordt de bevolking steeds ouder en neemt bijgevolg de chronische zorg toe. Het takenpakket van de huisarts wordt daarnaast steeds gediversifieerder gezien de nieuwe evoluties in de gezondheidszorg (preventie, overlegmomenten met collega's in groepspraktijken, rapporteren van patiëntencontacten tijdens de wachtdiensten aan collega's, administratie, attesten, telefoontjes …) waardoor de tijdsdruk toeneemt en de eigenlijke patiëntenzorg steeds meer in het gedrang komt.

Eerdere pogingen om de huisarts hierin te ondersteunen – door het maatschappelijk en financieel opwaarderen van het huisartsberoep – waren geen overduidelijk succes. Het aantal startende huisartsen steeg weliswaar opnieuw sinds het dieptepunt van 2006, maar onvoldoende om de uitstoom van huisartsen te compenseren. Daarvoor dienen andere structurele aanpassingen te gebeuren om de huisarts zich opnieuw te laten concentreren op de corebusiness van zijn werk.

Eén van de mogelijkheden is een ondersteuning door een praktijkassistent(e) die administratief en/of verpleegkundig werk op zich neemt. In Vlaanderen is dit een relatief onbekend begrip en beperkt de ondersteuning zich meestal tot een secretaresse die de telefoon opneemt of een telesecretariaat. In Nederland daarentegen is de praktijkassistent een beter gekend begrip en is er al meer ervaring met hen en zijn er meer studies voorhanden die hun nut bewezen hebben.

In Vlaanderen werden eerder al studies verricht bij huisartsen welke taken (Bijlage 1) zij liefst zouden uitbesteed zien aan een praktijkassistent(e), maar nog nooit werd de patiënt zelf bevraagd over wat zijn/haar mening hierover is en als het uitbesteden van bepaalde handelingen naar een ander persoon dan de huisarts een probleem zou zijn voor hen.

Op deze vraag proberen we in dit onderzoek een antwoord op te formuleren.

Methoden

Om een algemeen idee te vormen van de huidig beschikbare literatuur over praktijkondersteuning in de huisartspraktijk werd via Cebam een verkennend literatuuroverzicht verricht. Er werd gezocht via zoektermen als 'praktijkassistentie', 'praktijkverpleegkundige', 'praktijkhulp', 'eerstelijnsassistent', 'taakdelegatie'. Hierbij werden enkele interessante en recente artikels gevonden over de huidige situatie in Vlaanderen wat betreft praktijkondersteuning (6-8]. Van hieruit werd vertrokken om een selectie op te maken welke akten het meest uitbesteed worden door de Vlaamse huisarts aan een praktijkassistent(e) of welke taken de huisarts het liefst gedelegeerd zou zien aan een praktijkverpleegkundige of –assistent(e). Zo kon een enquête opgesteld worden die in de wachtzaal werd gelegd en volledig vrijwillig ingevuld kon worden door de patiënten die op raadpleging kwamen. De opzet was om een anonieme enquête uit te voeren, maar gezien schriftelijke toestemming nodig was van de patiënt om deel te nemen aan deze studie werd voor de eigenlijke vragenlijst een informed consent of toestemmingsverklaring toegevoegd met bijhorende naam en handtekening van de onderzoeker en de patiënt.

De enquête werd beschikbaar gesteld van 06 april 2016 tem. 31 augustus 2016 en bestond uit 7 inleidende vragen om de patiëntenpopulatie te kunnen schetsen en de antwoorden te kunnen linken aan demografische factoren. De eigenlijke vragenlijst was samengesteld uit 34 vragen waarop de patiënten konden antwoorden met 'helemaal akkoord', 'eerder akkoord', 'eerder niet akkoord', 'helemaal niet akkoord' en 'geen mening'. Deze 34 vragen werden opgesplitst in 3 categorieën: 1) taken voor de consultatie, 2) tijdens de consultatie, 3) taken na de consultatie met respectievelijk 13, 12 en 9 vragen. Na het invullen van de vragenlijst werd de patiënt verzocht de vragenlijst aan de behandelende arts af te geven.

In totaal werden 92 enquêtes verzameld die manueel werden ingevoerd in een Excel-bestand via een ordinale 5-puntenschaal ('Helemaal akkoord', 'Akkoord', 'Niet akkoord', 'Helemaal niet akkoord', 'Geen mening')

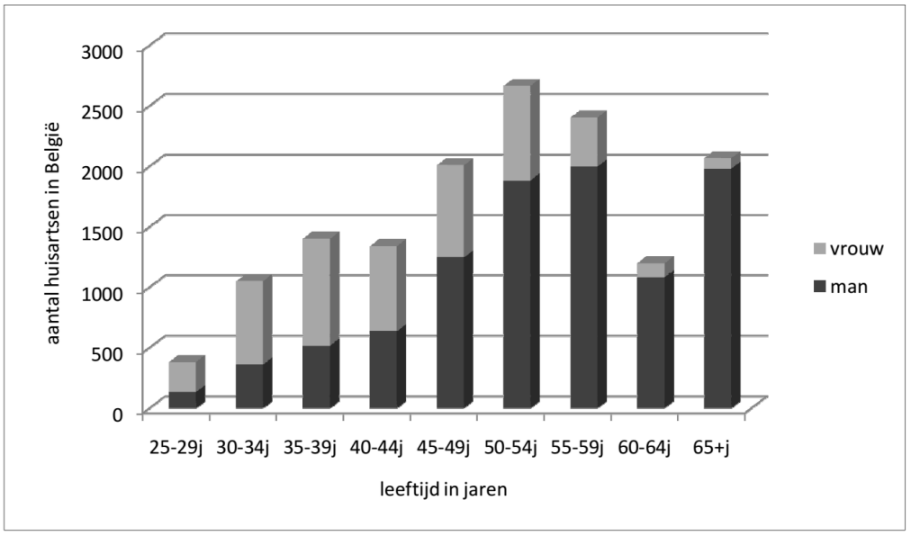
Bij de gegevensverwerking werd eerst het profiel van de respondenten bekeken om een beeld te krijgen van de demografische spreiding van de testpersonen. Vervolgens werden de antwoorden grafisch uitgezet op basis van onderliggende demografische of andere variabelen. De statistische verwerking gebeurde door middel van XLSTAT –add-on-software die gebruikt wordt op een Excel-bestand. Als uitbreiding werden sommige extra analyses uitgevoerd met het programma Epi-info (versie 7.2.1.0). In deze software kan men regressie-analyses uitvoeren, die niet mogelijk zijn in XLSTAT.

Resultaten

1. Literatuurstudie

a. Het huisartsentekort in België – de cijfers

Volgens de gegevens van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid waren er, eind 2008, in België 14.523 huisartsen, waarvan 12.284 actief (geattesteerde praktijk met meer dan 1 prestatie in afgelopen jaar, huisartsen in opleiding niet inbegrepen).[2] Dit aantal is beduidend meer dan de 9.137 huisartsen aan wie het Riziv voor het jaar 2008 een praktijktoelage uitbetaalde. Hieruit kunnen we afleiden dat 3.147 huisartsen die geen 1.250 patiëntencontacten haalden, in de telling van het totale aantal actieve huisartsen zijn opgenomen. Dit geeft een vertekend beeld want dus bijna één op vier huisartsen verricht minder dan 1.250 patiëntencontacten per jaar, wat overeenkomt met gemiddeld 3.5 patiëntencontacten per dag. Onderstaande tabel geeft een beeld weer van de huisartsen in België (eind 2008), onderverdeeld volgens leeftijd en geslacht. Tien jaar geleden was 25% van de actieve huisartsen in België ouder dan 55 jaar en zelfs 14% had reeds de pensioengerechtigde leeftijd van 65 jaar bereikt. Het valt te verwachten dat het leeuwendeel van de toen nog actieve huisartsen hun beroepsactiviteit rond deze periode ongeveer zullen stopzetten.



Grafiek 1: aantal actieve huisartsen in België anno 2008

België heeft zo ongeveer de grootste dichtheid aan huisartsen ter wereld. De Belgische huisarts heeft in het Europees peloton één van de allerkleinste praktijken (gemiddeld 1100 patiënten per voltijds equivalent huisarts).[4] Desondanks bleek uit onlangs internationaal onderzoek dat de Belgische huisarts het meest uren klopt in het Europese peloton; gemiddeld 51u per week.[5] Dit is te verklaren door de administratieve werkdruk die in ons land hoger ligt dan in andere landen.

Belgische huisartsen werken bijgevolg met een enorme tijdsdruk en de geleverde zorg wordt steeds complexer. Om dit op te vangen dacht men eerst het aantal huisartsen op te drijven door middel van een opwaardering van het huisartsenberoep, zowel maatschappelijk als financieel. De gewenste toename van het aantal huisartsen blijkt onvoldoende om het tekort te compenseren. Dit heeft het idee doen groeien om de huidig actieve huisartsen beter te ondersteunen en het relatieve huisartsentekort niet zozeer op te lossen door het verhogen van het aantal huisartsen, maar bijvoorbeeld door het stimuleren van praktijkondersteuning in de vorm van subsidies voor praktijkassistentie.

b. Praktijkondersteuning in België

De eerstelijnsgezondheidszorg in België heeft al decennialang een rigide structuur waar de huisarts als hoeksteen van de zorgverlening fungeert. De aanpassing naar een gestructureerde vorm van samenwerking waarin de huisarts zich enkel concentreert op zijn medische kerntaken staat nog maar in zijn kinderschoenen en komt slechts heel geleidelijk van de grond in België. Vooralsnog is de overheidssteun door middel van het Impulseofonds (Impulseo 2 en 3 – die een gedeeltelijke terugbetaling van de loonkost van een medewerker voorziet) één van de weinige initiatieven die hiervoor genomen zijn. Verder is er geen georganiseerde opleiding voor praktijkondersteuning en zijn er geen geaccrediteerde beroepsgroepen die de huisarts bijstaan in het verlichten van hun takenpakket. In Vlaanderen is er momenteel nog geen opleiding tot praktijkassistent beschikbaar, er is wel een algemeen vormende beroepsopleiding voor medisch secretariaat, maar deze beroepsgroep mag geen verpleegkundige aktes (bloedname, bloeddrukmeting, ECG afnemen...) stellen. [6]

Een masterproef huisartsgeneeskunde [6] over taakdelegatie in de huisartspraktijk uit 2012 gaf ons een overzicht van de huidige ondersteuning van huisartsen in hun dagelijkse praktijkvoering. Deze cross-sectionele studie toonde aan dat al 9 op 10 (90%) groepspraktijken een praktijkonthaal of een praktijkassistent in dienst hebben tegenover slechts 7 op 10 (72%) in solo- of duopraktijken. Slechts een vijfde (23%) van de respondenten heeft één of meerdere praktijkverpleegkundigen in dienst. Een overduidelijke driekwart (73%) van de huisartsenpraktijken wensen een verdere uitbreiding van medische of administratieve akten naar de praktijkassistent toe.

De conclusie van de studie was dat er zich een specifieke opleiding en volwaardig statuut voor de praktijkondersteuner en voornamelijk de praktijkassistent opdringt om aan de verwachte meervraag naar kwalitatieve praktijkondersteuning te kunnen voorzien.

c. Praktijkondersteuning in Nederland

Ter aanvulling en ter vergelijking vermelden we hieronder een summiere oplijsting van het Nederlands gamma in praktijkondersteuning. Hier valt meteen op dat er bij onze noorderburen een betere opleiding en organisatie is en dat er efficiënter wordt omgesprongen met de individuele kwalificaties van de beroepsgroepen.

Eerst en vooral bestaat er in Nederland een heel scala aan opleidingen in verschillende opleidingsinstituten van Bachelor tot Master gericht op de ondersteuning van de huisartsenzorg [8]. **Doktersassistenten** en de **praktijkondersteuner huisartsenzorg** (POH) zijn het sterkst vertegenwoordigd in de huisartsenpraktijk. Er is enige overlap in de uitvoering van hun takenpakket en zij vallen onder de directe supervisie van een huisarts.

Doktersassistenten zijn meestal het eerste aanspreekpunt van de patiënt en verrichten vooral administratieve taken, vergelijkbaar met een secretaresse bij ons. Momenteel zijn er gemiddeld 2,5 doktersassistenten per huisartsenpraktijk. Zij hebben de mogelijkheden later door te groeien tot triagist en POH.

De **triagist** is de poortwachter voor de *spoedeisende* hulp op een huisartsenpost. Hij beoordeelt de zorgvraag van de patiënt op urgentie en indiceert een vervolgtraject naar een verder consult, zelfzorgadvies of bezoek van de huisarts. Een praktijkondersteuner huisartsenzorg (**POH**) begeleidt vooral mensen met *chronische* aandoeningen.

De praktijkondersteuner komt pas in beeld als een arts de diagnose heeft gesteld. De taken richten zich vooral op het verrichten van periodieke controles conform zorgstandaarden en dan vooral bij diabetes-, COPD/astma- en hypertensiepatiënten (de zogenaamde POH Somatiek). De POH-GGZ richt zich op psychische aandoeningen en kan doorverwijzen voor een behandeltraject bij eerstelijnspsychologen.

Van alle groepspraktijken heeft 87% een POH. Zelfs twee derde van de solopraktijken hebben ook een POH in dienst. De verhouding van praktijken met een POH is 1 POH op 4 huisartsen. Dit staat in

contrast met de magere 23% van de huisartsen in België die een praktijkverpleegkundige tot hun beschikking hebben.

Sinds 2006 komen daar nog de nurse **practitioner** (NP) en **physician assistant** (PA) bij. De NP's zijn gericht op de diagnostiek en behandeling van zogenaamde 'kleine kwalen'. De nurse practitioner (NP) is een opleiding op masterniveau en kan zelfstandig een behandelrelatie aangaan en zelf diagnosen stellen. Zij zijn vooral actief binnen het gebied van NKO, dermatologie, het bewegingsapparaat en urologie/gynaecologie. De functie van NP en PA overlappen grotendeels. De PA wordt intensiever en breder opgeleid in diagnostiek en behandeling dan de NP. De NP werkt dan ook vooral in ziekenhuizen, verpleeghuizen, thuiszorgorganisaties en in de geestelijke gezondheidszorg, slechts een kleine minderheid werkt in de huisartsenpraktijken. In 2011 was er in 2% van de praktijken een NP werkzaam.

Tabel 1: De verschillen tussen een praktijkondersteuner, een nurse parctitioner en een physician assistant in de Nederlandse gezondheidszorg [10]

	Praktijkondersteuner	Nurse practitioner	Physician assistant
Toelatingseisen opleiding	Doktersassistente (mbo) / verpleegkundige (hbo)	hbo-verpleegkundige + praktijkervaring	hbo-verpleegkundige of paramedicus + praktijkervaring
Opleidingsduur (studiebelastingsuren)	870 uur	1830 uur	4200 uur
Werkplek tijdens opleiding	huisartsenpraktijk	huisartsenpraktijk + enkele korte ziekenhuisstages	huisartsenpraktijk + ziekenhuisstages in alle 'grote' vakken
Afstudeerniveau	bachelor	master	master
Doelgroep	chronisch zieken, met name diabetes mellitus, hypertensie en COPD	patiënten met alledaagse huisartsgeneeskundige klachten	bijna alle patiënten, behalve traumata en infarcten
Taak, in volgorde van prioriteit	zorg		
Samengevatte taak	'care'	'care en cure'	'cure en care'
Uitvoering taak (altijd onder supervisie van huisarts)	geprotocolleerd, uitvoering van afgesproken beleid	geprotocolleerde behandeling van kleine klachten plus verpleegkundige interventie	alle klachten; geen sprake van focus op bepaalde klachten of bepaalde patiëntencategorieën
Patiënten selectie	huisarts	praktijkassistente	praktijkassistente of huisarts
Beschikbaar vanaf	2002	februari 2006	maart 2007

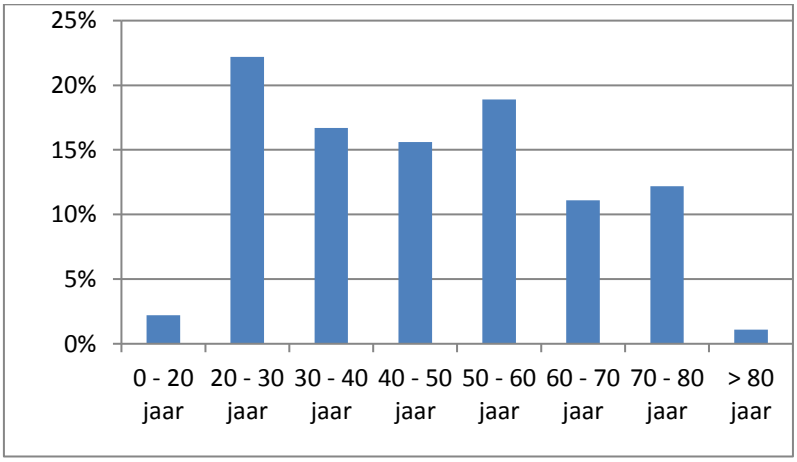
2. Onderzoeksresultaten

a. Demografische karakteristieken van de respondenten

De enquête werd volledig ingevuld door 85 unieke respondenten. De verdeling tussen de leeftijdsgroepen was behoorlijk gelijk verdeeld, met uitzondering van de heel jonge (< 20 jaar) en de heel oude (> 80 jaar) groep met respectievelijk slechts 2.2% en 1.1 % respondenten (zie onderstaande tabel en histogram).

Tabel 2a: Leeftijdsverdeling van de respondenten

Leeftijdsdistributie	Aantal	Percentage
0 - 20 jaar	2	2,2%
20 - 30 jaar	20	22,2%
30 - 40 jaar	15	16,7%
40 - 50 jaar	14	15,6%
50 - 60 jaar	17	18,9%
60 - 70 jaar	10	11,1%
70 - 80 jaar	11	12,2%
> 80 jaar	1	1,1%



Grafiek 1: Leeftijdsdistributie van de respondenten

Twee derde van de respondenten (56 personen of 66%) was een vrouw. Dit komt min of meer overeen met het normale consultatiepatroon in de huisartspraktijk, waar vrouwen relatief vaker op consultatie komen dan mannen.

Tabel 2b: Geslachtsverdeling van de respondenten

Geslacht	Aantal	Percentage
Man	29	34%
Vrouw	56	66%

Op gebied van frequentie van huisartsbezoek consulteerde de helft (50%) van de respondenten zijn of haar huisarts maximaal 3x per jaar, 40% deed dit gemiddeld om de 2 maand en 10% maandelijks of nog frequenter.

Tabel 2c: Frequentie van bezoek aan de huisarts

Frequentie van HA-bezoek	Aantal	Percentage
< 1x per jaar	2	2%
1 - 3 x per jaar	41	48%
2-maandelijks	34	40%
Maandelijks	4	5%
2-wekelijks	4	5%

De helft van de testpersonen (52%) wonen op het platteland, 21% in een stedelijk gebied en de rest (27%) in een gemengd stedelijk-landelijk gebied. Dit geeft weliswaar geen waarheidsgetrouw beeld van de Vlaamse patiëntenpopulatie gezien dit onderzoek werd uitgevoerd in 1 praktijk, die dan nog heel landelijk gesitueerd was.

Tabel 2d: Woonplaats van de respondenten

Woonplaats	Aantal	Percentage
Stad	18	21%
Gemengd	23	27%
Platteland	44	52%

De wachttijd in de wachtzaal was gemiddeld een klein half uur. Zeventig percent van de respondenten gaven aan minder dan 30 minuten te moeten wachten, terwijl dit bij 5% opliep tot meer dan 45 minuten. De overige 25% moest gemiddeld 30 tot 45 minuten wachten in de wachtzaal tot hij bij zijn huisarts op consultatie kan.

Tabel 2e: Gemiddelde wachttijd in de wachtzaal

Wachttijd	Aantal	Percentage
< 10 min	8	9%
10 - 30 min	52	61%
30 - 45 min	21	25%
>45 min	4	5%

De meerderheid (66%) van de testpersonen had nog gehoord van een praktijkassistent(e) en weet wat zijn of haar taken zijn.

Tabel 2f: Kennis praktijkassistent(e)

Weet je wat een PA is en wat hij/zij doet?	Aantal	Percentage
Ja	56	66%
Nee	29	34%

Slechts een heel kleine minderheid (2%) zou veranderen van huisarts indien er een praktijkassistent(e) in de praktijk zou komen (de onderzochte praktijk had namelijk nog geen praktijkassistent).

Tabel 2g: Veranderen van huisarts door praktijkassistent(e)?

Zou je veranderen van HA indien er een PA is?	Aantal	Percentage
Ja	2	2%
Nee	83	98%

Tabel 3: De absolute (en relatieve) cijfers van de respondenten

	Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord	Geen mening
Telefoon opneemt bij het bellen naar de praktijk	68 (76)	14 (16)	4 (4)	1 (1)	3 (3)
Bloeddruk meet	76 (84)	8 (9)	1 (1)	2 (2)	3 (3)
Medicatielijst overloopt	58 (64)	19 (21)	1 (1)	2 (2)	3 (3)
Vaccinatiestatus jaarlijks evalueert (vb. griep- of tetanusvaccinatie)	65 (72)	17 (19)	2 (2)	1 (1)	5 (6)
Elektrocardiogram (hartfilmpje) afneemt	42 (47)	22(24)	18 (20)	4 (4)	4 (4)
Blaastest afneemt (spirometrie) bij vb. astma	53 (59)	22 (24)	8 (9)	3 (3)	4 (4)
Je gewicht meet	79 (88)	5 (6)	1 (1)	2 (2)	3 (3)
Je lengte meet	78 (87)	6 (7)	1 (1)	2 (2)	3 (3)
Attesten voor chronische geneesmiddelen verlengt	41 (46)	21 (23)	17 (19)	5 (6)	6 (7)
Voorschrift voor chronische medicatie afdrukt (met controle door arts)	56 (62)	19 (21)	7 (8)	3 (3)	5 (6)
GMD (Globaal Medisch Dossier) jaarlijks verlengen.	61 (68)	15 (17)	6 (7)	1 (1)	7 (8)
GMD+ invult (jaarlijkse vragenlijst met 10-tal vragen voor personen tussen de 45 en 75 jaar over uw levensstijl)	55 (61)	14 (16)	7 (8)	5 (6)	9 (10)

Geheugentest afneemt bij vermoeden van dementie	39 (43)	18 (20)	16 (18)	8 (9)	9 (10)
Kleine wonden verzorgt	65 (72)	21 (23)	1 (1)	1 (1)	2 (2)
Bloed afneemt	65 (72)	18 (20)	2 (2)	1 (1)	4 (4)
Inspuitingen geeft (vb. griepvaccin)	56 (62)	21 (23)	6 (7)	2 (2)	5 (6)
Een gips aanlegt bij een botbreuk	28 (31)	23 (26)	24 (27)	8 (9)	7 (8)
Een steunverband aanlegt bij enkelverzwikking	45 (50)	30 (33)	10 (11)	2 (2)	3 (3)
Meehelpt bij het hechten van wonden(samen met de arts)	52 (58)	23 (26)	9 (10)	3 (3)	3 (3)
Zelfstandig hechtingen of haakjes verwijdert	47 (52)	22 (24)	13 (14)	2 (2)	6 (7)
Oorprop uitspuit	42 (47)	27 (30)	15 (17)	2 (2)	4 (4)
Wratjes/huidletsels bevriest	35 (39)	20 (22)	22 (24)	3 (3)	10 (11)
Vuiltje uit oog verwijdert	40 (45)	27 (30)	13 (15)	1 (1)	8 (9)
Uitstrijkjes afneemt voor controle op baarmoederhalskanker	22 (25)	17 (19)	22 (25)	11 (12)	17 (19)
Urineonderzoek met teststrip uitvoertop urinestaal(vb. bij blaasontsteking)	55 (61)	17 (19)	12 (13)	1 (1)	5 (6)
Uw medicatieschema uitprint en meegeeft	70 (78)	11 (12)	0 (0)	4 (4)	5 (6)

Uitleg geeft over het nemen van medicatie (voorgeschreven door arts)	55 (61)	19 (21)	6 (7)	6 (7)	4 (4)
Uitleg geeft over het gebruik van een glucosemeter (bij diabetes)	50 (56)	17 (19)	7 (8)	4 (4)	11 (12)
Bijkomende onderzoeken plant op aanraden van de dokter (vb: longfoto/ echografie)	60 (67)	17 (19)	6 (7)	3 (3)	4 (4)
Vervolgafspraak regelt	69 (77)	11 (12)	2 (2)	2 (2)	6 (7)
Betaling van de consultatie afhandelt	73 (81)	8 (9)	2 (2)	3 (3)	4 (4)
Bloedresultaten kan inkijken (vb. om een verwijsbrief naar specialist op te stellen)	42 (47)	28 (31)	10 (11)	5 (6)	5 (6)
Bloedresultaten telefonisch doorgeeft	49 (54)	18 (20)	14 (16)	5 (6)	4 (4)
Uw medisch dossier kan inkijken om attesten op te maken	50 (56)	19 (21)	13 (14)	4 (4)	4 (4)

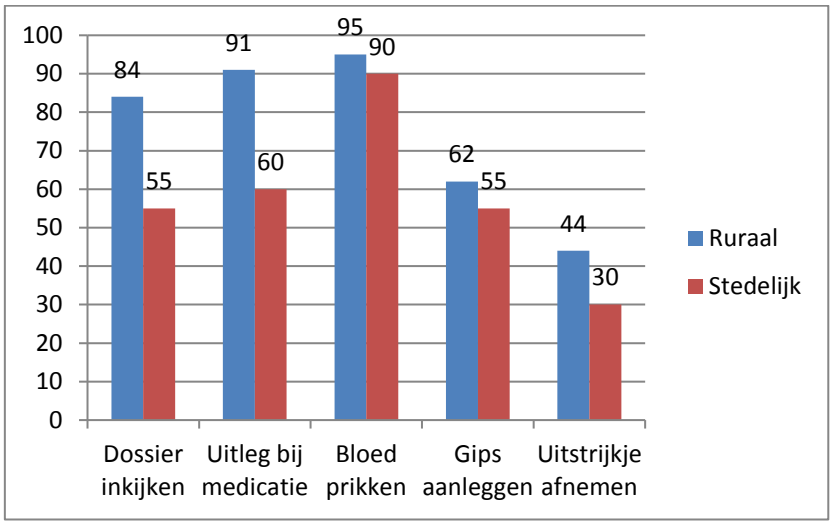
Uit bovenstaande tabel blijkt dat het overgrote deel van de respondenten zich tolerant opstelt voor taakverdeling door een praktijkassistent (PA). Vooral administratieve taken, zoals het opnemen van de telefoon, controleren van medicatielijst, vaccinatiestatus evalueren, regelen van een vervolgafspraak, betalen van de consultatie enzovoort kunnen volgens de enquête gemakkelijk uitbesteed worden aan een PA. Meer technische handelingen of persoonlijke aangelegenheden, zoals het afnemen van een ECG, verlengen van attesten voor geneesmiddelen en het uitvoeren van geheugentesten door een PA ligt iets minder voor de hand. Respectievelijk 24%, 25% en 27% wil dit liever door de huisarts laten uitvoeren. Ook het aanleggen van een gips (36%), het bevriezen van wratjes (27%) of het afnemen van een uitstrijkje (37%) laten de respondenten liever uitvoeren door hun vertrouwde huisarts dan door een hiertoe gekwalificeerde verpleger of verpleegkundige. Een

opmerkelijke uitzondering hierop is het vertrouwen dat een PA krijgt bij het afnemen van een bloedstaal. Tweeënnegentig percent gaat akkoord dat een PA dit doet. Indien dit inderdaad geïmpliceerd kan worden in de huidige praktijkvoering, zou dit een beduidende taakverlichting van de huisarts kunnen inhouden.

Uit verdere analyse van subgroepen op basis van de **leeftijd** blijkt dat patiënten jonger dan 40 jaar (N= 37) zich doorgaans iets toleranter opstellen dan patiënten ouder dan 40 jaar (N=53). Uit de leeftijdsgroep < 40 jaar gaat 5 tot 10% meer patiënten akkoord met de uitbesteding van bovenstaande akten. Deze tolerantere opstelling werd gezien bij zo goed als alle akten.

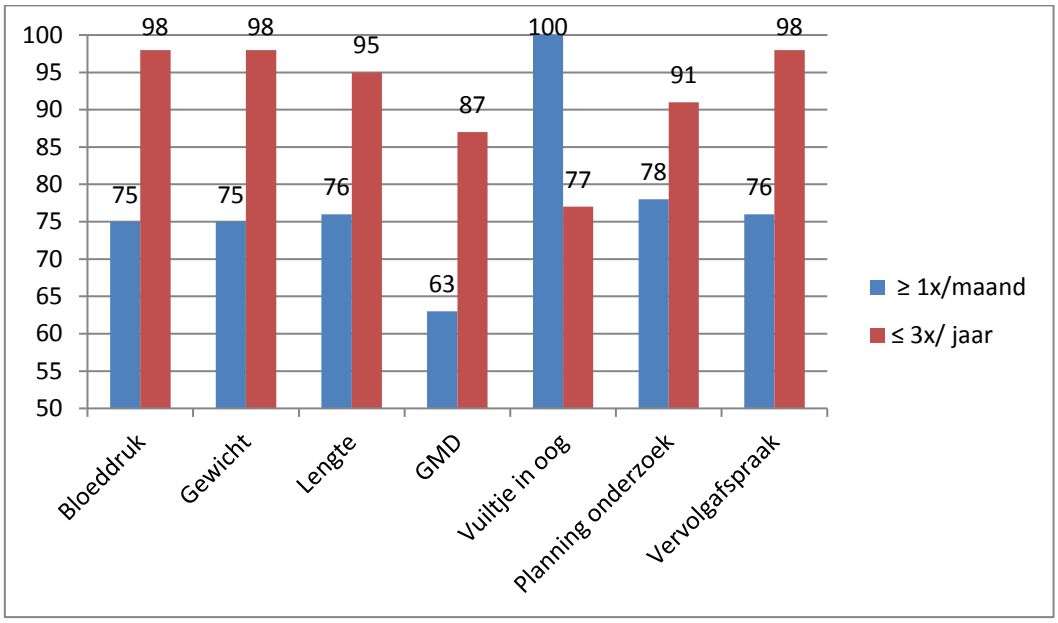
Er waren dubbel zoveel **vrouwen** (N=61) als mannen (N=30) die de enquête hebben ingevuld, maar onderling waren er geen significante verschillen tussen beide subgroepen. Ook niet bij typisch vrouwelijke aangelegenheden – zoals het afnemen van een uitstrijkje – waar de antwoorden in beide subgroepen gelijk verdeeld zijn onder de antwoordalternatieven. Zowel bij de vrouwelijke als bij de mannelijke subgroep waren er respondenten van alle leeftijden, waardoor hier wel duidelijk gesteld kan worden dat er geen verschil is tussen de geslachten wat betreft de uitbesteding naar een praktijkassistent(e). Daarnaast is deze 2/1 verhouding tussen vrouwelijke en mannelijke respondenten een correcte weerspiegeling van het consultatiepatroon in Vlaanderen waar vrouwen gemakkelijker een bezoek brengen aan de huisarts dan mannen.

Een opmerkelijke – en onverwacht – verschil was er tussen de subgroepen op vlak van **woonplaats**. Op sommige domeinen bleken patiënten uit een ruraal gebied (N=44) toleranter naar een PA dan patiënten uit een verstedelijkt gebied (N=18). Zo gaat 84% van de inwoners in een ruraal gebied akkoord dat een PA hun medisch dossier kan inkijken tegenover slechts 55% van de inwoners uit verstedelijkte gebieden. Informatie over het gebruik van medicatie of van bvb een glucosemeter wordt nog liefst gehoord van de huisarts zelf, maar ook hier zijn er verschillen tussen woonplaats. In een ruraal gebied gaat 91% van de patiënten akkoord om deze uitleg van een PA te krijgen tegenover slechts 60% van de patiënten uit een stedelijk gebied. De verwachtingen naar de huisarts toe van deze laatste patiënten lijken dus een stuk hoger te liggen.



Grafiek 2: Procentuele voorkeur ('helemaal akkoord' en 'eerder akkoord') voor een praktijkassistent(e) volgens woonplaats

Als we de respondenten onderverdelen op basis van **frequentie van huisartsbezoek** in een groep die zelden naar de huisarts gaat (max. 3x / jaar) (N=44) en respondenten die regelmatig een bezoek brengen aan hun huisarts (minstens maandelijks) (N=8), dan zien we grotendeel **gelijklopende** resultaten. Enkele uitzonderingen hierop zijn weergegeven in onderstaande grafiek (grafiek 3), waar de subgroep die minder vaak zijn/haar huisarts consulteert zich doorgaans toleranter opstelt naar een praktijkassistent toe. De akten die door deze groep bij voorkeur door een PA worden verricht, kunnen gecategoriseerd worden onder routine- en administratieve taken, zoals bloeddrukmeting, gewicht & lengte meten, vervolgafspraak regelen. Een opmerkelijke uitzondering hierop is dat bij het verwijderen van een vreemd voorwerp uit het oog, de meest consulterende subgroep geen probleem zou hebben als dit zou gebeurden door een praktijkassistent.



Grafiek 3: Procentuele voorkeur ('helemaal akkoord' en 'eerder akkoord') voor een praktijkassistent(e) volgens frequentie van huisartsbezoek

Discussie

1. Literatuurstudie

De gegevens van het Federaal Kenniscentrum en de federale Overheidsdienst Volkgezondheid geven weliswaar een uitgebreid en volledig beeld van het absolute aantal huisartsen in Vlaanderen, maar dateren ondertussen wel al van 2008. In de inleiding en tijdens de resultatenbespreking van het literatuuronderzoek werden deze cijfers doorgetrokken tot 2017, zonder aanpassing van het aantal nieuwe huisartsen die er sindsdien zijn bijgekomen. Dit geeft een onvolledig beeld van de huidige situatie in Vlaanderen. Men kan aannemen dat – mede door de overheidsinitiatieven om het huisartsberoep aantrekkelijker te maken (denk aan Impulseo 1-2-3) – het aantal nieuw afgestudeerde huisartsen de laatste jaren opnieuw in de lift zit. Daarentegen moet men ook rekening houden met maatschappelijke veranderingen, zoals het toenemend aantal vrouwelijke huisartsen, die nog altijd vaak de dragende kracht zijn binnen het gezin en waarbij er niet zelden een uitstroom of afbouw van de werkactiviteiten wordt gezien na een aantal jaren.

In Nederland is al jaren een gestructureerd patroon binnen de huisartsgeneeskunde zichtbaar. De taak van de huisarts concentreert zich op het medische. Verpleegkundige en administratieve taken worden verricht door andere personen die hier beter voor gekwalificeerd zijn. Om dergelijke structuur toe te passen op de Vlaamse situatie zal heel moeilijk zijn, omdat we in Vlaanderen de huisarts nog al te vaak zien als een omnipracticus die niet enkel het medische, maar ook de verpleegkundige, psychologische zorg biedt aan de patiënt. Administratieve taken – die er sinds de informatisering geleidelijk ingeslopen zijn en jaar na jaar toenemen – werden niet tijdig opgevangen door een andere functie waardoor die nu op de schouders van de huisarts terechtkomen. Het delegeren van deze taken dringt zich meer en meer op. De Nederlandse structuur moet hiervoor niet als voorbeeld genomen worden, maar kan wel dienen als leidraad om een dergelijke organisatie bij ons te realiseren. Zo kan er eventueel de opleiding van medisch secretariaat uitgebreid worden tot praktijkassistente of kan er een specialisatiejaar tot praktijkassistent toegevoegd worden aan de bestaande opleiding. Een ander alternatief kan een specialisatie zijn tot praktijkverpleegkundige binnen de opleiding verpleegkunde, eventueel met een numerus clausus om het aanbod wat te reguleren.

2. Onderzoeksresultaten

De enquête werd rechtstreeks bij de patiënt afgenomen die op eigen tempo de vragenlijst kon invullen, zonder tijdsdruk of mogelijke beïnvloeding door de onderzoeker (die niet aanwezig was). Antwoordalternatieven waren op eenvoudige en eenduidige manier opgesteld en de vragenlijst lag gedurende 5 maanden in de wachtzaal. Dit zijn enkele sterktes van het onderzoek. Daarentegen werd de enquête enkel afgenomen bij patiënten die op raadpleging kwamen (en dus niet tijdens de huisbezoeken). Hierdoor werken enkele chronische patiënten niet geïncludeerd in het onderzoek. Dit kan opgevat worden als een zwakte van de studie-opzet, maar dit dient genuanceerd te worden door het feit dat deze patiënten sowieso minder in contact zouden komen met een praktijkassistent.

De groep respondenten was gelijkmatig verdeel wat betreft leeftijd (zie grafiek 1), maar wat betreft leeftijd was er een duidelijk overwicht vrouwelijke respondenten. Zoals eerder aangehaald weerspiegelt dit echter wel het consultatiepatroon bij de Vlaamse huisarts, waar vrouwen globaal gezien frequenter consulteren dan mannen.

Tijdens het opstellen van de enquête werd bij de vraag 'Hoe frequent consulteert u uw huisarts?' iets te ruim omgesprongen met de intervallen. In de subgroep die 1 tot 3x per jaar consulteerde zaten 48% van de respondenten. In de subgroep die gemiddeld 1x om de 2 maanden hun huisarts consulteerde zaten 40% van de respondenten. In de overige 3 subgroepen zat dus slechts 12% van de testpersonen. Deze onderverdeling was iets te ruim – blijkt nu – en er was beter een andere onderverdeling gemaakt, bvb. in 3 ipv. 2 subgroepen (2x/jaar, 3-4x/jaar en 5-6x/jaar). Zo zouden de subgroepen wat gelijkmatiger verdeeld geweest zijn en konden deze onderling beter vergeleken worden. Een mogelijk alternatief was een kwantitatieve onderverdeling op basis van de vraag: 'Hoe vaak per jaar ga je naar de huisarts?'.

De kennis van een praktijkassistent was al bij al goed te noemen. 65% van de respondenten had al gehoord van een praktijkassistent(e) en wist wat zijn of haar functie is. Dit draagt misschien bij tot de positieve scores op de enquête.

Bij een eerste blik op de onderzoeksresultaten (tabel 3) zien we meteen al een afgetekende goedkeuring voor de delegatie van paramedische, verpleegkundige en administratieve taken naar een praktijkassistent(e) toe. Dit kan deels verklaard worden door de hierboven vermelde kennis van het bestaan en de functie van een PA. Verder speelt misschien ook het grote aandeel van jonge respondenten mee, gezien we in de resultatenbespreking zagen dat deze zich iets toleranter

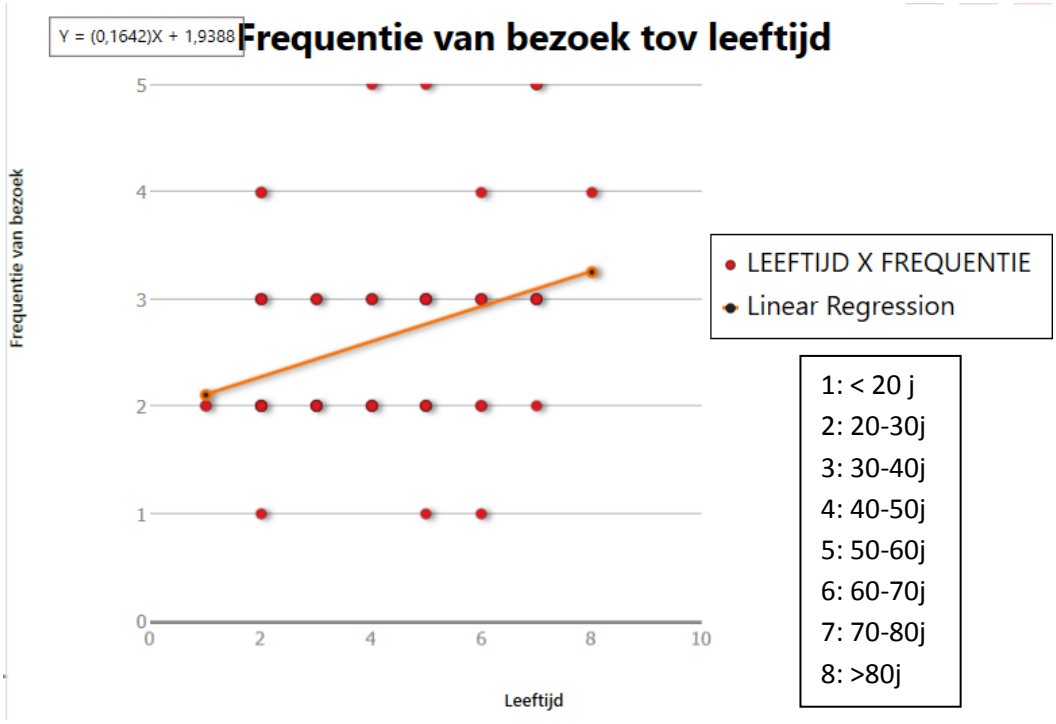
opstellen naar een PA dan de 'oudere' populatie. De overduidelijke goedkeuring die er is voor een PA kan echter onvoldoende verklaard worden door deze 2 factoren.

De jongere leeftijdscategorie (< 40 jaar) stelde zich iets toleranter op voor een PA dan de oudere leeftijdsgroep (> 40 jaar). Gemiddeld gaat in de jonge groep 5 tot 10% meer patiënten akkoord met de uitbesteding van bovenstaande akten. Deze tolerantere opstelling werd gezien bij zo goed als alle akten. Hierbij kunnen zowel de statistische als klinische relevantie van dit kleine verschil in vraag worden gesteld, zeker de beperkte onderzoeksgroep.

Op basis van woonplaats blijkt dat patiënten uit een ruraler gebied bij sommige akten toleranter zijn naar een praktijkassistent dan patiënten uit een verstedelijkt gebied. Dit zou verklaard kunnen worden door de hypothese dat inwoners van landelijkere gebieden iets volgzamer zijn en een nieuwe situatie gemakkelijker zouden accepteren. Een mogelijke verklaring op basis van leeftijd zou hier geen voldoende antwoord op bieden gezien jongere patiënten vaak in verstedelijkte gebieden wonen. De resultaten wat betreft de woonplaats moeten met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden gezien het aandeel patiënten die leven in een rurale omgeving in ons onderzoek behoorlijk uitgebreid was. De afname van dit onderzoek gebeurde in slechts één praktijk die dan nog een heel ruraal gelegen was. Dit geeft een groot aantal respondenten die een rurale woonplaats hebben en een relatief klein aandeel respondenten uit een verstedelijkt gebied. Dit weerspiegelt niet de huidige Vlaamse woonsituatie en de resultaten kunnen bijgevolg moeilijk worden geëxtrapoleerd naar de grotere Vlaamse context.

De resultaten op gebied van frequentie van bezoek aan de huisarts dienen ook met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden; enerzijds was de groep die frequent consulteert (≥1/maand) te klein (8 respondenten) om betekenisvolle vergelijkingen te maken met de andere subgroep (N=44). Hier kon – achteraf gezien bij het ontwerp van de enquête – rekening mee gehouden worden door de onderverdeling van frequentie van huisartsbezoek iets selectiever te maken zoals eerder aangehaald. Anderzijds is er waarschijnlijk een bias op basis van leeftijd. Gezien jongere patiënten minder frequent naar de huisarts gaan, kunnen de resultaten van deze analyse eerder door de leeftijd beïnvloed zijn dan door de vertrouwdheid aan de huisarts(praktijk) op basis van de frequentie van bezoek. Dit wordt weerspiegeld in grafiek 4 waar de frequentie van huisartsbezoek wordt uitgezet tegen de leeftijd van de patiënten. We zien dat er een positieve correlatie is tussen leeftijd en frequentie van huisartsbezoek.

We zien in onderstaande grafiek een te verwachten correlatie tussen de leeftijd van de testpersonen en de frequentie van huisartsbezoek. Jongere patiënten consulteren minder vaak hun huisarts dan oudere patiënten. Deze trend is niet meer dan logisch, maar hiermee moet ook rekening worden gehouden bij het analyseren van de resultaten. Zoals hierboven reeds aangehaald kunnen resultaten van een analyse eerder door de leeftijd beïnvloed zijn dan door de vertrouwdheid aan de huisarts(praktijk) op basis van de frequentie van bezoek.



Grafiek 4: Vergelijking tussen de leeftijd van de patiënt en het jaarlijks aantal huisartsencontacten

Aanbevelingen naar praktijk

Tot slotte zullen we uit bovenstaande resultaten enkele aanbevelingen voor de praktijk willen distilleren.

Eerdere onderzoeken [7,8,9] toonden aan dat praktijkassistentie zeer gewenst is voor de huisarts. Dit onderzoek maakt duidelijk dat de patiënt hier wel degelijk klaar voor is en we kunnen concluderen dat hiervoor genomen mogen worden om dit verder uit te werken. Weerstand van artsen op basis van geslacht en leeftijd van patiënten blijken ongegrond, gezien in onze studie geen relevante verschillen werd gezien tussen leeftijdsgroepen of tussen geslacht wat betreft voorkeur voor praktijkassistentie.

Voor ons lijkt de implementatie van administratieve hulp een onbetwiste eerste stap. Dit kan in de vorm van een telesecretariaat, secretaresse en/of administratief verpleegkundige. Administratieve vereenvoudiging en taakdelegatie staat steevast vooraan op het verlanglijstje van artsen en ook patiënten blijken er geen probleem mee te hebben als deze taken uitbesteed worden. In de meeste (groeps)prakijken is er voldoende administratief en telefonisch werk om een (part-time) secretaresse in dienst te nemen. IMPULSEO 2 of 3 vormen hier een aanvulling bij.

In grotere groepspraktijken of in 2^{e} instantie in kleine groepspraktijken kan een praktijkverpleegkundige in dienst genomen worden die aanvullende (paramedische en verpleegkundige) taken op zich neemt. Eventueel kan dit takenpakket gecombineerd worden met administratief en telefonisch werk, maar dan bestaat het risico dat het personeelslid overgekwalificeerd is voor zijn/haar (administratieve) functie.

Referenties

1. Roberfroid D, Stordeur S, Camberlin C, Voorde C, Vrijens F, Léonard C. Physician workforce supply in Belgium. Current situation and challenges. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), 2008; reports 72A.
2. Remmen R, Seuntjens L, Pestiaux D, Leysen P, Knops K, Lafontaine J-B, et al. Kwaliteitsbevordering in de huisartsenpraktijk in België : status quo of quo vadis ? Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), 2008; reports 76A.
3. FOD Volksgezondheid. Jaarstatistieken van de erkende huisartsen in België. Te raadplegen via www.health.fgov.be.
4. Weblink; http://www.domusmedica.be/documentatie/archief/nieuws/4605-er-is-geen-tekort-aan-huisartsen-in-vlaanderen-en-zij-zijn-niet-burnt-out.html
5. Weblink; http://deredactie.be/permalink/1.2600532
6. Donders B. Taakdelegatie naar de praktijkondersteuner. Een cross-sectioneel onderzoek in de huisartsenpraktijk. Masterproef huisartsgeneeskunde. 2012
7. Willekens L-A, Adriaenssens G, De Lepeleire J. Hoe zien huisartsen de samenwerking met praktijkverpleegkundigen? Resultaten van een bevraging in Huisartsenwachtpost Antwerpen Noord. Huisartsnu #1, jan-feb 2016. 22-27.
8. Engels Y et al. Het aantal taken van de praktijkassistente in de huisartsenpraktijk is toegenomen. Huisarts & wetenschap; 2004; 47(7); 325-330.
9. P.J.M. Heiligers, J. Noordman, J.C. Korevaar, S. Dorsman, L. Hingstman, A.M. van Dulmen, D.H. de Bakker. Praktijkondersteuners in de huisartspraktijk (POH's), klaar voor de toekomst? Nivel 2012. www.nivel.nl
10. Bruurs M, Van den Brink G, Spenkelink-Schut G, Verboon E, Holdrinet R. Het ijs is gebroken: ervaringen met physician assistant stemmen hoopvol. Medisch contact 2005: 443-446.

Bijlage 1: Taken en functies voor een praktijkverpleegkundige in een huisartsenpraktijk [7]

c) Taken en functies voor een praktijkverpleegkundige in een huisartsenpraktijk

Voor de volgende taken en functies (gegroepeerd in 8 groepen) gaven de huisartsen aan in welke mate zij het *wenselijk* vonden dat ze zouden kunnen uitgevoerd worden door een praktijkverpleegkundige.

Taak/functie	Akkoord	Eerder wel akkoord	Eerder niet akkoord	Niet akkoord	Geen mening	Totaal
1.Preconsultatietaken						
Parameters	**67%**	26%	2%	5%	0%	100%
Vaccinatiestatus	**69%**	24%	5%	2%	0%	100%
Medicatielijst	**60%**	19%	10%	12%	0%	100%
Vragenlijsten	**55%**	33%	10%	2%	0%	100%
2.Postconsultatietaken						
Medicatieschema	**50%**	29%	14%	7%	0%	100%
Planning onderzoek	**60%**	33%	2%	5%	0%	100%
3. Preventietaken						
Vaccinaties	**48%**	17%	31%	5%	0%	100%
GMD+	**57%**	36%	7%	0%	0%	100%
Belrai	**55%**	31%	2%	0%	12%	100%
Gazeto	**52%**	31%	2%	0%	14%	100%
Valrisico	**52%**	43%	5%	0%	0%	100%
Educatie	45%	**48%**	7%	0%	0%	100%
4. Chronische zorg	26%	**48%**	19%	2%	5%	100%
5. Technische handelingen						
Stomazorg	**62%**	36%	0%	2%	0%	100%
Wondzorg	**60%**	36%	5%	0%	0%	100%
Spirometrie	**48%**	36%	17%	0%	0%	100%
ECG	**45%**	33%	19%	0%	2%	100%
Huidtesten allergie	36%	**38%**	14%	5%	7%	100%
Intradermotest	**50%**	33%	14%	2%	0%	100%
Aderlating	**26%**	21%	17%	14%	21%	100%
Bloedafnames	**57%**	36%	2%	5%	0%	100%
Urinestaal	**69%**	29%	0%	2%	0%	100%
Sputumstaal	**69%**	29%	0%	2%	0%	100%

Inspuitingen	**45%**	26%	24%	5%	0%	100%
Taping	21%	26%	**33%**	17%	2%	100%
Assisteren heelkunde	**71%**	24%	5%	0%	0%	100%
Reanimatie	**48%**	26%	19%	5%	2%	100%
6. Coördinatie van zorg						
Zorgoverleg	**52%**	36%	7%	0%	5%	100%
Organisatie van zorg	**45%**	36%	10%	2%	7%	100%
Thuisverpleging	**45%**	33%	12%	7%	2%	100%
7. Begeleiding woonzorgtraject						
Zorgbehoefte	**45%**	**45%**	7%	2%	0%	100%
Thuiszorg	**48%**	43%	7%	0%	2%	100%
Verhuis of opname	**43%**	**43%**	10%	2%	2%	100%
8. Complexe zorg	31%	**55%**	14%	0%	0%	100%

Bijlage 2: Informatie voor de patiënt en toestemmingsverklaring

Informatie voor de patiënt:

Project:
Praktijkondersteuning in de huisartsenpraktijk. Welke akten kunnen gedelegeerd worden en wat is de visie van de patiënt hierop?

Beschrijving en doel van het project.
U zal binnenkort een consultatie hebben bij één van uw vertrouwde huisartsen
De dienst Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Gent voert een onderzoek uit naar praktijkondersteuning in de huisartspraktijk.

Wij vragen u vriendelijk of u de tijd zou willen nemen om een vragenlijst voor ons in te vullen. Dit zal ongeveer 10 minuten van uw tijd in beslag nemen.

Deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan dit ziekenhuis, en zal worden uitgevoerd volgens de richtlijnen van ICH/GCP opgesteld in de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van individuen deelnemend aan klinische studies. Deze verzameling wordt uitgevoerd onder supervisie van Prof. Dr. Dirk Avonts.

Toestemming en weigering

Het staat u volkomen vrij om deel te nemen of niet.

U kunt weigeren de vragenlijsten in te vullen zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enigerlei wijze een invloed zal hebben op uw verdere behandeling en de relatie met de behandelende artsen.

Als u toestemt, wordt u gevraagd het toestemmingsformulier te tekenen.

Voordelen

Deze studie biedt geen medisch of ander voordeel voor uzelf, maar de bekomen resultaten kunnen leiden tot nieuwe en meer efficiënte methodes voor de praktijkvoering bij huidige en toekomstige huisartsen.

Kosten

Uw deelname aan de studie brengt geen bijkomende kosten mee voor u, maar biedt ook geen financieel voordeel.

Vertrouwelijkheid

Als u akkoord gaat om aan deze studie deel te nemen, zullen uw persoonlijke en klinische gegevens tijdens deze studie worden gecodeerd (de gegevens kunnen enkel nog door een code teruggekoppeld worden naar uw persoonlijk dossier). In overeenstemming met de Belgische wet van 8 december 1992 en de Belgische wet van 22 augustus 2002, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw anonimiteit aldus verzekerd zijn.

Verzekering:

De experimentenwet van 7/05/2004 verplicht ons om deelnemers aan wetenschappelijke projecten te verzekeren voor de deelname en het risico (hoe klein ook) dat men loopt.
De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag. Indien dit toch zou voorkomen, wat echter zeer zeldzaam is, werd er een verzekering afgesloten conform de Belgische wet van 7 mei 2004, die deze mogelijkheid dekt.

Toestemmingsverklaring

Ik verklaar hierbij op een voor mij begrijpelijke wijze mondeling en schriftelijk te zijn ingelicht over de aard, de methode en het doel van deze studies.

Ik stem erin toe deel te nemen aan het wetenschappelijk onderzoek.

Ik ben er mij van bewust dat dit project ter beoordeling en controle aan het Ethisch Comité van het UZ Gent werd voorgelegd en ik deze goedkeuring niet moet beschouwen als een motivatie tot deelname aan deze studie.

Ik ben ervan op de hoogte dat deelname aan deze studies geen bijkomende kosten meebrengen en dat er geen financieel voordeel aan verbonden is.

De patiënt kan zich op elk moment terugtrekken tot op het ogenblik dat de gegevens in de database worden bewaard zonder hiervoor een verklaring te hoeven afleggen en zonder dat dit op enigerlei wijze invloed zal hebben op de verdere behandeling en de relatie met de arts.

Gelezen en goedgekeurd,

Naam arts/onderzoeker: Naam Patiënt

Datum: Datum:

Handtekening Handtekening

Bijlage 3: Vragenlijst

1. Wat is uw leeftijd? (Omcirkel)
    a. < 20 jaar
    b. 20 – 30 jaar
    c. 30 - 40 jaar
    d. 40 – 50 jaar
    e. 50 – 60 jaar
    f. 60 – 70 jaar
    g. 70 – 80 jaar
    h. > 80 jaar

2. Wat is uw geslacht? (Omcirkel)
    a. Man
    b. Vrouw

3. Hoe vaak ga je naar de huisarts of komt de huisarts op huisbezoek? (Omcirkel)
    a. Hoogstens 1x per jaar
    b. 1 – 3x per jaar
    c. Gemiddeld om de 2 maanden
    d. Maandelijks
    e. Tweewekelijks

4. Waar woon je? (Omcirkel)
    a. Stad (Ieper – Poperinge…)
    b. Gemengd
    c. Platteland

5. Hoe lang moet je gemiddeld wachten in de wachtzaal? (Omcirkel)
    a. < 10 minuten
    b. 10 - 30 minuten
    c. 30 - 45 minuten
    d. > 45 minuten

6. Had je al eens gehoord van een praktijkassistent(e) en weet je wat hij/zij doet? (Omcirkel)
    a. Ja
    b. Nee
7. Zou u veranderen van huisarts als er in uw huidige huisartsenpraktijk een praktijkassistent(e) zou komen? (Omcirkel)
    a. Ja
    b. Nee

8. Duid aan in welke mate jij vindt dat volgende handelingen door een praktijkassistent(e) (gediplomeerd VERPLEEGKUNDIGE) uitgevoerd kunnen/mogen worden. Het gaat om iemand die een volwaardige opleiding hiervoor heeft gehad en die de handeling technisch correct uitvoert. De interpretatie van de resultaten en afhandeling gebeurt vervolgens door de huisarts zelf.

   Het is heel belangrijk om aan te geven wat JIJ vindt en hoe jij je er bij voelt als iemand anders (de praktijkassistent(e)) deze taken zou uitvoeren in plaats van je huisarts.

Voor de consultatie bij je huisarts, ga je akkoord als de praktijkassistent(e) ...

	Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord	Geen mening
Telefoon opneemt bij het bellen naar de praktijk					
Bloeddruk meet					
Medicatielijst overloopt					
Vaccinatiestatus jaarlijks evalueert (vb. griepvaccin, tetanusvaccinatie …)					
Elektrocardiogram (hartfilmpje) afneemt					
Blaastest afneemt (spirometrie) bij vb. astma					
Je gewicht meet					
Je lengte meet					
Attesten voor chronische geneesmiddelen verlengt					
Voorschrift voor chronische medicatie afdrukt (met controle door arts)					
GMD (Globaal Medisch Dossier) jaarlijks verlengen .					
GMD+ invult (jaarlijkse vragenlijst met 10-tal vragen voor personen tussen de 45 en 75 jaar over uw levensstijl)					
Geheugentest afneemt bij vermoeden van dementie					

Tijdens de consultatie, ga je akkoord als de praktijkassistent(e) met diploma als verpleegkundige …

	Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord	Geen mening
Kleine wonden verzorgt					
Bloed afneemt					
Inspuitingen geeft (vb. griepvaccin)					
Een gips aanlegt bij een botbreuk					
Een steunverband aanlegt bij enkelverzwikking					
Meehelpt bij het hechten van wonden (samen met de arts)					
Zelfstandig hechtingen of haakjes verwijdert					
Oorprop uitspuit					
Wratjes/huidletsels bevriest					
Vuiltje uit oog verwijdert					
Uitstrijkjes afneemt voor controle op baarmoederhalskanker					
Urineonderzoek met teststrip uitvoert op urinestaal (vb bij blaasontsteking)					

Na de consultatie bij de dokter, ga je akkoord als de praktijkassistent(e) …

	Helemaal akkoord	Eerder akkoord	Eerder niet akkoord	Helemaal niet akkoord	Geen mening
Uw medicatieschema uitprint en meegeeft					
Uitleg geeft over het nemen van medicatie (voorgeschreven door arts)					
Uitleg geeft over het gebruik van een glucosemeter (bij diabetes)					
Bijkomende onderzoeken plant op aanraden van de dokter (vb: longfoto/ echografie)					
Vervolgafspraak regelt					
Betaling van de consultatie afhandelt					
Bloedresultaten kan inkijken (vb om een verwijsbrief naar specialist op te stellen)					
Bloedresultaten telefonisch doorgeeft					
Uw medisch dossier kan inkijken om attesten op te maken					

Bijlage 4: Protocol Ethisch comité

Probleemstelling: Omwille van de steeds toenemende werkbelasting onder het afnemende huisartsenkorps rijst de vraag tot een goed uitgewerkte praktijkondersteuning meer en meer. De verschuiving van acute naar chronische zorg, de toegenomen mondigheid en eisen van de patiënt, het steeds ruimere takenpakket van de huisarts en het afnemend aantal huisartsen zijn slechts enkele redenen die ervoor zorgen dat de werkdruk blijft toenemen. Uit de beschikbare literatuur en voorgaande masterproeven omtrent dit onderwerp zien we dat 90% van de groepspraktijken in België een praktijkonthaal of een praktijkassistent heeft, bij solo- of duopraktijken is dit slechts 70%. Verder beperkt deze praktijkondersteuning zich enkel tot onthaal en administratieve taken. Het is dan ook niet verrassend dat 73% van de respondenten aangeeft dat ze een verdere uitbreiding wensen van de medische akten naar de praktijkassitent(e) toe. Recent onderzoek in de huisartsenwachtpost van Antwerpen Noord bevestigd deze tendens. [1] Uit buitenlands onderzoek kunnen we concluderen dat taakdelegatie kan plaatsvinden zonder verlies aan kwaliteit van zorg. Sommige studies en beleidsmakers denken zelfs dat aan kwaliteit zal gewonnen worden wanneer de huisarts zich, door taakdelegatie, meer zal kunnen toeleggen op de kern van zijn taak. [2] Of dit de patiëntentevredenheid in de weg staat wordt hier niet besproken, maar met dit onderzoek kunnen we al een beeld vormen hoezeer de patiënten in mijn opleidingspraktijk al klaar zijn voor praktijkassistentie.

Concreet zouden we willen onderzoeken welke medische en paramedische akten uitgevoerd kunnen worden door een praktijkassistent(e) en hoe de patiënten hier tegenover staan. Wordt dit door hen als een minder goede service van de huisarts ervaren als bloedafnames niet door hun vertrouwde huisarts uitgevoerd worden of wordt dit in dank afgenomen als daarmee de wachttijden beperkt worden en dit de kwaliteit van de consultatie ten goede komt? Het eerste deel van de studie omvat een literatuuronderzoek die de nood tot delegatie van verschillende (para)medische taken evalueert. Het tweede deel richt zich tot de patiënten, die ondervraagd worden door middel van een enquête. Hierin wordt nagegaan wat hun mening is als verschillende medische, paramedische en administratieve taken zouden uitgevoerd worden door een praktijkassistent(e).

Titel: Praktijkondersteuning in de huisartsenpraktijk. Welke akten kunnen gedelegeerd worden en wat is de visie van de patiënt hierover?

Methode: Door middel van een enquête (zie bijlage) wordt gepeild naar de mening van de patiënten uit de praktijk over taakdelegatie naar een praktijkassistent(e). Deze enquête wordt in de wachtzaal gelegd en kan gedurende de onderzoeksperiode (01/03/2016 - 31/08/2017) ingevuld worden in de wachtzaal zelf of thuis. Patiënten die gezien worden tijdens huisbezoek en geregeld naar de praktijk komen, worden ook geïncludeerd in het studieprotocol, maar chronische patiënten die enkel via huisbezoeken worden bezocht, worden niet geïncludeerd. De behandelende arts van de ondervraagde patiënten (praktijkopleider) vraagt telkens toestemming aan de betrokken patiënt als de onderzoeker (HAIO) de informatie, verstrekt aan de hand van de enquêtes, mag gebruiken in dit onderzoek. De resultaten van de enquête worden elektronisch ingegeven in een SPSS document waarop vervolgens statistische analyse kan gebeuren. De resultaten van de enquête worden gecodeerd verwerkt. De gegevens kunnen enkel door een code teruggekoppeld worden naar het persoonlijk dossier van de betrokken patiënten.

Verwachtingen: Met dit onderzoek wordt gepoogd een leeftijds- en geslachtsafhankelijke verdeling van de mening omtrent praktijkassistentie te verkrijgen. Meer specifiek wordt er per (para)medische of administratieve akte gepeild wat de mening is van de patiënten en ook hier worden de resultaten vergeleken tussen leeftijdsgroepen en geslacht.

Voordeel: De resultaten kunnen gebruikt worden om een selectie te maken in het takenpakket van een praktijkassistent(e). Deze selectie kan zich uitbreiden na verloop van tijd, afhankelijk van de maatschappelijke acceptatie en regionale voorkeuren.

Referenties:

[1] Willekens L-A, Adriaenssens G, De Lepeleire J. Hoe zien huisartsen de samenwerking met praktijkverpleegkundigen? Resultaten van een bevragingin Huisartsenwachtpost Antwerpen Noord. Huisarts Nu 2016;45:22-27.

[2] Dirickx Bart. Taakdelegatie in de Vlaamse huisartspraktijk. Een exploratieve studie. Masterproef huisartsgeneeskunde. 2012.

Bijlage 5: Goedkeuring Ethisch comité

Universitair Ziekenhuis Gent

UNIVERSITEIT GENT

Afz: Commissie voor Medische Ethiek

COMMISSIE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Prof. dr. Dirk AVONTS
ALHIER

Voorzitter:
Prof. Dr. D. Matthys
Secretaris:
Prof. Dr. J. Decruyenaere

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2016/0380	16-mrt-16	Zie "CC"

BETREFT
Advies voor monocentrische studie met als titel:
Praktijkondersteuning in de huisartsenpraktijk. Welke akten kunnen gedelegeerd worden en wat is de visie van de patiënt hierop? (MaNaMa Elias Vynckier)

Belgisch Registratienummer: B670201628073

* Vragenlijsten
  - vragenlijst masterproefenquête (versie 1) dd. 29/02/2016
* Antwoord onderzoekers dd. 15/03/2016 (versie 1) (ontv. via mail dd. 15/03/2016) op opmerkingen EC dd. 15/03/2016
* Adviesaanvraagformulier (versie 2) dd. 15/03/2016
* (Patiënten)informatie- en toestemmingsformulier (aangepaste versie ontv. via mail dd. 15/03/2016)

Advies werd gevraagd door:
Prof. dr. D. AVONTS ; Hoofdonderzoeker

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD.

ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 16/03/2016. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 16/03/2017, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.

A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 16/03/2016. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 16/03/2017, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 19/04/2016

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 19/04/2016

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be

J.

CONTACT	TELEFOON	FAX	E-MAIL
Secretariaat	+32 (0)9 332 56 13 +32 (0)9 332 59 25	+32 (0)9 332 49 62	ethisch.comite@ugent.be
UW KENMERK	**ONS KENMERK**	**DATUM**	**KOPIE**
	2016/0380	16-mrt-16	Zie "CC"

Vervolg blz. 2 van het adviesformulier betreffende project EC UZG 2016/0380

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Prof. dr. D. AVONTS - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Universitair Ziekenhuis Gent
De Pintelaan 185,B- 9000 Gent
www.uzgent.be

Sandra De Paepe
09/332 26 88
sandra.depaepe@uzgent.be